

Die Autonomiekonzeption in Patientenverfügungen – Die Rolle von Persönlichkeit und sozialen Beziehungen

Patientenverfügungen werden oftmals als Ausdruck individueller Autonomie verstanden, Krankheits- und Sterbephasen auch für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit so weit wie möglich prospektiv mitzubestimmen. Sie fallen damit in den Bereich der Selbstbestimmungsrechte von Patienten und Patientinnen. Dennoch fehlen in vielen Ländern, in denen Patientenverfügungen zum Einsatz kommen, eindeutige oder explizite Rechtsregelungen. Auch über die Häufigkeit und Qualität der Umsetzung von Patientenverfügungen im klinischen Setting ist wenig bekannt [2]. Offensichtlich besteht sowohl in der klinischen und rechtlichen Praxis als auch in der Medizinethik Uneinigkeit darüber, was die moralische Verbindlichkeit von Patientenverfügungen begründet und wie mit ihnen praktisch zu verfahren ist. In diesem Artikel soll darum der Versuch unternommen werden, die ethisch-normative Basis von Patientenverfügungen zu beleuchten. Eine Bestimmung erfolgt in drei Schritten. Erstens wird analysiert, welche Autonomiekonzeption Patientenverfügungen zugrunde liegt. Eine moralische Verbindlichkeit ist damit allerdings noch nicht geklärt. Im Anschluss an die Begriffsanalyse werden daher Argumente gesammelt, warum eine Patientenverfügung für Drittpersonen moralische Bindungskraft haben könnte. In diesem Zusammenhang wird ebenfalls ansatzweise die Frage behandelt, ob die Legitimität dieser in einer Patientenverfügung geäußerten Wünsche relativ zu einer bestehenden Rechts-

kultur, dem Allgemeinverständnis einer Gesellschaft oder der Kultur einer medizinischen Praxis ist, oder unabhängig vom soziokulturellen Kontext begründet werden kann.

Die Autonomiekonzeption bei Patientenverfügungen

Entscheidungsautonomie

In der medizinischen Ethik und Praxis wird Patientenautonomie in der Regel mit einem Selbstbestimmungsrecht identifiziert, das darin besteht, medizinischen Behandlungen zuzustimmen oder diese abzulehnen. Das Patientenrecht beschränkt sich dabei auf die Wahl zwischen von der Ärzteschaft vorgegebenen Optionen, das heißt medizinisch indizierten Maßnahmen bzw. Behandlungen, welche die „ärztliche Kunst“ erfordern oder zumindest dieser nicht widersprechen. Das Patientenrecht ist daher kein Anspruchsrecht (*claim right*), mit dem man Behandlungen verlangen könnte, sondern ein Zustimmungs- und Abwehrrecht bezüglich geplanter Eingriffe in die körperliche und psychische Integrität von Erkrankten (vgl. [6], S. 143).

Zur Sicherung von Patientenautonomie interessiert im medizinischen Kontext vorrangig die Frage, ob ein medizinischer Eingriff auf der Grundlage eines Einverständnisses der Patientin oder des Patienten – also auf Grundlage einer freien Entscheidung – vorgenommen wurde. Patienten-

tenautonomie wird entsprechend als Entscheidungsautonomie ausgelegt. Ob eine Entscheidung eines oder einer Urteilsfähigen autonom getroffen wurde, unterliegt nach Beauchamp und Childress drei Bedingungen: 1. Die Handlung wurde absichtlich vollzogen („intentionally“); 2. Wesentliche Sachverhalte (z. B. Gegenstand der Entscheidung, Folge der Entscheidung) wurden hinreichend verstanden („with understanding“); 3. Es bestanden keine kontrollierenden Fremdeinflüsse („without controlling influences that determine their actions“) (vgl. [1], S. 123, und [7]). Sind diese Bedingungen erfüllt, so ist die Patientenentscheidung als autonom zu respektieren.¹

Informiertes Einverständnis/informierte Ablehnung und Patientenverfügung

Es stellt sich die Frage, ob diese in Anlehnung an das informierte Einverständnis bzw. die informierte Ablehnung formulierte Konzeption der Patientenautonomie auch für eine begriffliche Analyse der Patientenverfügung stichhaltig ist.² Auf den ersten Blick können grundlegende konzeptionelle Parallelen zwischen beiden Formen der Willensäußerung gezogen werden: In beiden Fällen wird die Zustimmung für vorgegebene Maßnahmen eingeholt. Das heißt, medizinische Behandlungen können nicht eingefordert werden.³ Auch die oben erwähnten Standards für autonomes Entscheiden müssen bei bei-

den Willensäußerungen erfüllt sein, um für Drittpersonen handlungsweisend werden zu können.

Neben diesen Gemeinsamkeiten fallen grundlegende strukturelle Unterschiede in den Blick, die, so meine These, nach einer Modifikation des auf Beauchamp und Childress zurückgehenden Modells der Entscheidungsautonomie verlangen. Der Hauptgrund liegt in der Differenz der jeweiligen Zeitstruktur. Mit einer Patientenverfügung trifft die verfassende Person zukunftsorientierte Entscheidungen, die ihre Behandlungswünsche im Falle ihrer eventuellen, späteren Einwilligungsunfähigkeit betreffen. Das informierte Einverständnis bezieht sich hingegen auf eine Situation (z. B. eine Operation), die mit größter Wahrscheinlichkeit unmittelbar eintreten wird.

Streng genommen ist selbstverständlich jede Entscheidung zukunftsorientiert. Auch der Unterschied zum informierten Einverständnis ist mit Blick auf die Zeitstruktur und die Unvorhersehbarkeit graduell. Zum Beispiel kann bei einer bevorstehenden Operation versucht werden, mit dem informierten Einverständnis auch Eventualitäten abzudecken, und eine Patientenverfügung kann zu einem Zeitpunkt verfasst werden, an dem ihr Inkrafttreten absehbar bevorsteht. Bei dem Großteil von Patientenverfügungen liegt jedoch der besondere Umstand vor, dass die verfassende Person nicht weiß, ob, wann und unter welchen besonderen Umständen die Patientenverfügung umgesetzt wird. Bei der Gabe eines informierten Einverständnisses hingegen sind der Zeitpunkt der Umsetzung einer Maßnahme und die Situationsbedingungen in der Regel weitestgehend geklärt. Aus der zeitlichen Entrücktheit der Situation, in der die Patientenverfügung – eventuell – zum Tragen kommt, resultiert zumeist die Unmöglichkeit, die situativen Umstände der Krankheit oder des Krankheitszustands, die Institution, in der man behandelt wird, das medizinische Personal sowie anwesende Angehörige oder andere Personen bei Umsetzung der

¹ Dessen unbenommen können andere Umstände verlangen, einer Entscheidung nicht zu folgen, beispielsweise wenn sie gegen geltendes Recht verstößt.

² Im Folgenden werde ich nur vom „informierten Einverständnis“ sprechen. Der Sache nach sind die Aussagen jedoch auch auf die „informierte Ablehnung“ übertragbar.

³ Ein Sonderfall stellen in der Patientenverfügung geäußerte Anweisungen dar, die Begräbnis, Organspende, spirituelle Begleitung etc. betreffen. Aber auch solche Ansprüche dürfen nicht gegen geltendes Recht verstoßen (z. B. Verkauf eines Organs, der nicht gestattet ist) und müssen für andere zumutbar sein (z. B. Kosten des gewünschten Begräbnisses).

Patientenverfügung schon zum Zeitpunkt ihrer Abfassung *en détail* zu kennen und entsprechend genau zu berücksichtigen.⁴ Diese Unmöglichkeit bedingt, dass der oder die Verfassende bei der Abfassung einer Patientenverfügung unter Unsicherheitsbedingungen weitreichende Entscheidungen trifft.

Diese Entscheidungssituation stellt besondere Ansprüche an die verfassende Person. So muss sie beispielsweise in der Lage sein, Behandlungsoptionen am Lebensende oder für eine Krankheitsphase zu antizipieren und (als gesunder Mensch) einen Perspektivenwechsel vorzunehmen, um entscheiden zu können, was sie sich in einer möglichen Krankheits- oder Sterbesituation wünschen würde [12]. Auf der anderen Seite werden auch höhere Anforderungen an Drittpersonen gestellt, an die sich eine Patientenverfügung richtet. Anders als beim informierten Einverständnis müssen Drittpersonen oft erst eruieren, worin genau die Willensäußerung der verfügenden Person besteht. Das heißt, sie müssen die Patientenverfügung auslegen und auf eine spezifische Situation anwenden. Ausgenommen sind davon Aussagen in einer Patientenverfügung, die sowohl ihrem Gehalt nach als auch mit Blick auf die Anwendungssituation eindeutig sind. Solche unmissverständlichen Anweisungen sind m.E. jedoch selten. Weil die verfügende Person die konkrete Anwendungssituation nicht kennen kann und um eine bessere situative Anpassungsfähigkeit zu erzielen, ist es oft ratsam, für Patientenverfügungen einen größeren Interpretationsspielraum zuzulassen. Dieser lädt allerdings auch dazu ein, dass sich Angehörige, Vertrauensperson, Pflege und Ärzteschaft über die „richtige“ Auslegung und Anwendung des Dokuments uneinig sein können. Im äußersten Fall kann es zu offenen Konflikten kommen.

Diese strukturellen Besonderheiten beim Verfassen und Umsetzen der meisten

Patientenverfügungen haben m.E. Auswirkungen auf den ihnen zugrunde liegenden Autonomiebegriff. So reicht die Konzeption einer Entscheidungsautonomie mit den oben formulierten Bedingungen (Urteilsfähigkeit, Absicht, Verständnis, Freiwilligkeit) nicht aus, da sich diese nur auf den Zeitpunkt der Abfassung beziehen. Die Art der Umsetzung einer Patientenverfügung entscheidet jedoch, ob diese für die verfügende Person tatsächlich ein Instrument ist, ihren Krankheits- oder Sterbeprozess auch in der Phase ihrer Einwilligungsunfähigkeit mitzubestimmen. Autonomie, so meine These, ist gewährleistet, wenn Drittpersonen im Sinne der Patientin oder des Patienten nach Maßgabe der Patientenverfügung entscheiden. Diese These ruft zu zwei wesentlichen Modifikationen des gängigen Begriffs der Entscheidungsautonomie mit Blick auf Patientenverfügungen auf.⁵

Auslegung durch Drittpersonen – Der Aspekt der Beziehung zu anderen

Die erste Modifikation des Begriffs der Entscheidungsautonomie sehe ich darin, dass die Patientenautonomie im Fall von Patientenverfügungen *grundlegend konstitutiv* von Drittpersonen abhängig ist. Grundlegend konstitutiv bedeutet in diesem Zusammenhang, dass nicht bloß die Durchsetzung einer Entscheidung von Drittpersonen abhängt, z.B. dass die Patientenverfügung nicht ignoriert, sondern in den medizinischen Entscheidungsprozess mit einbezogen wird. In den meisten Fällen konkretisiert sich der Entscheid einer verfügenden Person erst mit der Interpretation durch Drittpersonen, welche die Aussagen der Patientenverfügung für eine spezifische Anwendungssituation auslegen müssen. Sie übernehmen damit die Funk-

⁴ Ausgenommen sind hier Patientenverfügungen, die allein eine Vertrauensperson bestimmen.

⁵ Ob solche Modifikationen auch mit Blick auf das informierte Einverständnis vorgenommen werden sollten, ist eine Frage, der ich hier nicht nachgehen kann. Ausschließen möchte ich eine mögliche konzeptuelle Anpassung jedoch nicht.

Susanne Brauer

Die Autonomiekonzeption in Patientenverfügungen – Die Rolle von Persönlichkeit und sozialen Beziehungen

Zusammenfassung

Sowohl in der klinischen und rechtlichen Praxis als auch in der Medizinethik besteht Uneinigkeit darüber, was die (moralische) Verbindlichkeit von Patientenverfügungen begründet und wie mit ihnen in der Praxis zu verfahren ist. Dieser Artikel versucht, die ethisch-normative Basis von Patientenverfügungen näher zu beleuchten. Eine Bestimmung erfolgt in drei Schritten. Erstens wird analysiert, welche Autonomiekonzeption Patientenverfügungen zugrunde liegt. Patientenverfügungen, so meine These, sind Ausdruck eines relationalen, um den Aspekt der Persönlichkeit angereicherten Autonomiebegriffs. Eine moralische Verbindlichkeit ist mit dieser Analyse noch nicht geklärt. Im Anschluss werden daher Argumente

gesammelt, warum eine Patientenverfügung für Drittpersonen moralische Bindungskraft haben könnte. In der Achtung der Persönlichkeit sehe ich hier einen zentralen Punkt. Ob die Legitimität der in einer Patientenverfügung geäußerten Wünsche relativ zu einer bestehenden Rechtskultur, dem Allgemeinverständnis einer Gesellschaft oder der Kultur einer medizinischen Praxis ist, oder unabhängig vom soziokulturellen Kontext begründet werden kann, bleibt dabei eine offene Frage.

Schlüsselwörter

Patientenverfügung · Selbstbestimmung · Entscheidungsautonomie · Persönlichkeit · Beziehung zu anderen

Autonomy in advance directives – The role of social relations and character

Abstract

Definition of the problem Presumably, advance directives are a manifestation of patient autonomy and should be respected for this reason. However, it is unclear what kind of concept of autonomy underpins advance directives, and whether autonomy is the only point of reference in order to give advance directives morally binding force. Also, it is questionable whether the ethical-normative basis of advance directives is universal or culturally relative. *Arguments* Firstly, I argue that the concept of decisional autonomy used for informed consent is not sufficient for capturing the self-determination made possible through advance directives. Autonomy reflected in advance directives takes into account two additional components: relationships to others and character (*Persönlichkeit*). In a second step I discuss two lines of argumentations for grounding the moral binding force of advance directives in the fact of decision-making on the one hand, and in “critical interests” on the other hand.

Conclusion For acting upon an advance directive appropriately and sufficiently, the medical decision-maker needs information about the patient's values, attitudes and character revealed in the advance directive. The author's character implicitly expressed in his or her advance directive also gives other reasons to respect his or her wishes. Since advance directives are a practice of giving a voice to vulnerable people, they should be followed if the author legitimately expects the medical decision-maker to do so. Otherwise one would run the risk of eroding trust in clinical decision-making processes. However, whether such expectations exist – and thus whether a disregard of the patient's prior wishes would be seen as a wrong – depends on the particular culture of clinical practice.

Key words

advance directives · autonomy · character · values · social relations · culture

tion, die Wünsche der verfügenden Person in konkrete Anweisungen zu überführen, weil diese aufgrund ihrer Urteilsunfähigkeit keine Möglichkeit mehr besitzt ihre Wünsche zu erläutern. Auch sind es Drittpersonen, welche die Anweisungen dann in eine Handlung umsetzen, während die verfügende Person diesen Vorgang nicht mehr kontrollieren oder beeinflussen kann.

Diese fundamentale Relationalität zwischen Verfügenden und interpretierenden Drittpersonen im Formulieren und Umsetzen eines konkreten, situationsbezogenen Entscheids ist mit einer rein individualistischen Konzeption von Entscheidungsautonomie nicht vereinbar. Mindestens in diesem Sinne liegt der Patientenverfügung ein relationaler Autonomiebegriff zugrunde: Individuelle Autonomie im medizinischen Kontext der Patientenverfügung braucht für ihre Entstehung, Konkretisierung und Umsetzung in Handlungen notwendigerweise andere Menschen.

Im Sinne der verfügenden Person – Der Aspekt der Persönlichkeit

Die zweite Modifikation des Autonomiebegriffs wird mit der Frage eröffnet, was es bedeutet, „im Sinne“ des Patienten oder der Patientin eine Entscheidung zu treffen. Wie oben erwähnt, können Unsicherheiten und sogar Konflikte bei der Umsetzung von Patientenverfügungen entstehen. Was „im Sinne“ einer anderen Person ist, muss daher für andere nicht klar und eindeutig sein. Es gibt verschiedene Wege, wie man mit dieser Unsicherheit umgehen kann.

Das Problem der Unsicherheit glauben Linda und Ezekiel Emanuel zu umgehen, indem sie den Interpretationsspielraum einschränken. Sie konzipieren Patientenverfügungen analog zum informierten Einverständnis als „medical directive“, zu dessen Inhalt allein spezifische Behandlungsmodelle gehören [5]. Olick wendet zu Recht dagegen ein, dass ein „medical directive“ nicht sicherstellen könne, dass im Sinne der verfügenden Person gehandelt wird. Wenn das Behandlungsteam seine

Therapie allein daran orientiert, welche medizinische Maßnahme in der Patientenverfügung genannt wird und welche nicht, ist die Wahrscheinlichkeit gegeben, dass der eingeschlagene Behandlungsweg den Absichten und Zielen, welche die verfügende Person mit der Patientenverfügung zum Ausdruck bringen und sichern wollte, widerspricht. Eine reine Auflistung von medizinischen Interventionen anstatt einer Orientierung an allgemeinen Behandlungszielen wirkt sich nach Olick letztlich kontraproduktiv für die verfügende Person aus: „Treatment specificity may be counterproductive, in fact, because it obscures the importance of the patient’s overall treatment goals in favor of attending to whether discrete interventions have been refused“ ([8], S. 104).

Alternativ versteht Olick Patientenverfügungen als „outcome-oriented documents“ [8], wonach die Auslegung einer Patientenverfügung dann angemessen ist, wenn das Behandlungsergebnis der Intention der verfügenden Person entspricht. Im Anschluss an Olick vertrete ich die Position, dass, damit eine angemessene Auslegung gelingen kann, Drittpersonen über Informationen verfügen müssen, die über eine Auflistung gewünschter und abgelehnter medizinischer Maßnahmen hinausgehen. So kann es die Interpretation vereinfachen, wenn in einer Patientenverfügung Wertvorstellungen der betroffenen Person angesprochen werden, z. B. was sie unter einem „Leben und Sterben in Würde“ oder einer „nicht mehr tragbaren Lebensqualität“ versteht.⁶ Auch die Benennung von allgemeinen Behandlungszielen kann bei Therapieentscheidungen hilfreich sein.

Informationen über persönliche Ansichten, Einschätzungen und Werte entspringen der praktischen Notwendigkeit, die Patientenverfügung als effektives Entscheidungsinstrument in einer konkreten

⁶ Einige Patientenverfügungen im deutschsprachigen Raum sehen bereits dafür entsprechende Rubriken, z. B. für eine „Wertanamnese“, vor [13].

medizinischen Behandlungssituation einsetzen zu können. Diese praktische Notwendigkeit hat m.E. zugleich Konsequenzen für die Autonomiekonzeption bei der Patientenverfügung. Verfolgt man einen „outcome“-orientierten Ansatz und misst man das Autonomiepotential einer Patientenverfügung daran, wie gut sie sicherstellen kann, dass nach ihr im Sinne der Patientin oder des Patienten gehandelt wird, reichen die oben erwähnten Bedingungen für Entscheidungsautonomie nicht aus. Es muss zudem der Motivations- und Werthorizont – sogenannte „critical interests“ –, vor dem die verfassende Person ihre Patientenverfügung schrieb, sichtbar werden. Das heißt, die subjektiven Gründe und Motive für das Verfügte müssen bis zu einem gewissen Grad Drittpersonen gegenüber kommuniziert werden. Mit der Preisgabe von Persönlichem und dem Zeigen von Persönlichkeit in der Patientenverfügung kann man den Unsicherheitsbedingungen beim Abfassen einer Patientenverfügung, zu denen die prinzipielle Unkenntnis des Zeitpunkts und der konkreten situativen Umstände der Anwendung gehören, entgegen treten.

Aus diesen Überlegungen ziehe ich den Schluss, dass der Begriff der Entscheidungsautonomie für die Konzeption von Autonomie bei Patientenverfügungen zu kurz greift. Sicherlich müssen die Bedingungen von Entscheidungsautonomie beim Abfassen einer Patientenverfügung notwendigerweise erfüllt sein; jedoch erschöpft sich der Autonomiebegriff bei Patientenverfügungen darin nicht. Dieser muss zum einen relational verstanden werden, weil in der Formulierung und Umsetzung des konkreten Entscheids Drittpersonen eine entscheidende Rolle spielen. Zum anderen muss er den Aspekt der Persönlichkeit einschließen und in der Patientenverfügung widerspiegeln, so dass Drittpersonen tatsächlich „im Sinne“ der Verfügenden entscheiden – und damit deren Selbstbestimmung zu ihrem Recht verhelfen können.

Ethische Legitimation von Patientenverfügungen und Kultur

Mit einer Analyse des Autonomiebegriffs bei Patientenverfügungen sind noch nicht die Fragen beantwortet, ob zum einen die in der Patientenverfügung erhobenen Ansprüche ethisch legitim und damit verbindlich sind, und ob zum anderen ihre mögliche Legitimität und Verbindlichkeit universalistisch oder kulturellrelativistisch formuliert werden müssen. Denn auch wenn die Argumentation im letzten Abschnitt überzeugen sollte, dass Patientenverfügungen Ausdruck einer relationalen, um den Aspekt der Persönlichkeit angereicherten Autonomie sind, könnte man daraus nicht folgern, dass Autonomie gegenüber anderen Werten, z.B. der Fürsorge, normative Priorität einnehmen soll ([9], S. 35) oder in verschiedenen Kulturen rechtlicher und medizinischer Praxis auch tatsächlich einnahme. Mit dem Verweis auf den in der Patientenverfügung reflektierten Autonomiebegriff ist noch nicht geklärt, warum man einer Patientenverfügung folgen solle bzw. unter welchen Umständen und aus welchen Gründen die Missachtung ein moralisches Unrecht darstelle. Im Folgenden werden zwei Argumentationswege aufgezeigt, um einer Patientenverfügung ein normatives Fundament zu geben, und in einem Fazit abschließend bewertet.

Faktum des Entscheids

Als Begründung für die moralische Verbindlichkeit von Patientenverfügungen könnte man auf das Faktum verweisen, dass hier eine Person eine Entscheidung getroffen hat. Individuelle Entscheidungen seien zu respektieren, solange sie anderen Personen keinen Schaden zufügen. Dieser Argumentation zufolge wäre nicht der Inhalt oder Gegenstand der Entscheidung ausschlaggebend für deren Achtung, sondern die Tatsache, dass es sich um einen nicht schädigenden Entscheid einer urteilsfähigen Person handelt.

Gegen diese Argumentation wendet O'Neill ein, sie operiere mit einem verkürzten Autonomiebegriff [9]. Das Modell der Entscheidungsautonomie knüpfe an einem Verständnis individueller Unabhängigkeit an, die nur dort ihre Grenze fände, wo individuelle Entscheidungen und Handlungen anderen Schaden zufügen (Modell „consumer choice“ [9], S. 43 f.). Damit könne nicht sichergestellt werden, dass eine Person tatsächlich selbstbestimmt gehandelt habe. Zudem schließe das Modell eine ethische Bewertung der Entscheidung aus. Über das Nicht-Schadensprinzip hinaus spiele es keine Rolle, ob die Entscheidung dem Patientenwohl diene oder ob sie vernünftig sei.

Eine solche Überprüfung des Entscheidungsinhalts fordert aber O'Neill, die den Autonomiebegriff in der Medizin um eine rationalistische Komponente im Sinne von Kants kategorischem Imperativ erweitert („principled autonomy“ [9], Kapitel 4). Die Missachtung einer Patientenverfügung würde nur dann eine Verletzung der Autonomie der verfügenden Person darstellen, wenn die aus der Patientenverfügung abgeleitete Handlungsmaxime nicht verallgemeinerbar sei, das heißt, wenn nicht alle Menschen diese Handlungsmaxime zu ihrer eigenen machen könnten ([9], S. 85, 94). Auch John Churchill betont, dass für die ethische Akzeptanz einer Entscheidung nicht ausschlaggebend sein sollte, *wer* die Entscheidung trifft („who should decide what to do“), sondern dass man das *Richtige* tun müsse („what is the right thing to do“) ([3], S. 176). Eine Entscheidung solle also nicht darum geachtet werden, weil sie formalen Bedingungen genüge (z.B. Urteilsfähigkeit und Freiwilligkeit), sondern weil der Inhalt der Entscheidung „richtig“ sei und damit Respekt seitens Drittpersonen verdiene.

Auf Probleme beider Positionen (z.B. wer bestimmt, was das Richtige ist, oder wie kann verhindert werden, dass der Universalisierungstest zur leeren Formel wird) kann hier nicht näher eingegangen werden. Jedoch ist festzuhalten, dass sowohl

der kantische Ansatz von O'Neill als auch die substantialistische Ethiktheorie von Churchill den Anspruch erheben, universalistische Ethiktheorien zu sein, in denen auf die Vernünftigkeit einer Entscheidung Bezug genommen wird. Sicherlich könnte diese „Vernünftigkeit“ wiederum relativ zu einer kulturellen medizinischen oder rechtlichen Praxis formuliert werden. Die Stoßrichtung bliebe jedoch dieselbe: Drittpersonen gegenüber den eigenen Entscheidung nicht nur vermitteln, sondern auch *begründen* zu müssen. Damit wäre jedoch eine hohe Anforderung an autonome Entscheidungen gestellt, die sich in der Praxis als Paternalismus äußern könnte. Sind die Gründe in einer Patientenverfügung für Drittpersonen nicht überzeugend, so müsste der Patientenverfügung nicht gefolgt werden. Als betroffene Person hat man aufgrund der eigenen Einwilligungsfähigkeit aber keine Möglichkeit, die Sichtweise der anderen zu korrigieren. Diese Machtlosigkeit verlangt m.E. nach einem besonderen Schutz urteilsunfähiger Personen, der beispielsweise in einem hohen Verbindlichkeitsgrad der Patientenverfügung liegen kann.

Interessen

Unabhängig von einer gesetzlichen Regelung kann die Nichtbeachtung einer Patientenverfügung als Verletzung eines moralischen Rechts der verfügenden Person angesehen werden, ihren Krankheits- oder Sterbensprozess auch im Falle von Einwilligungsfähigkeit im Rahmen der legitimen Möglichkeiten mitgestalten zu können. Für die Begründung eines solchen moralischen Rechts könnte in Anlehnung an Joseph Raz auf individuelle fundamentale Interessen verwiesen werden, die es pflichtgemäß zu bewahren gilt [11]. Diesen Gedanken wendet Olick der Sache nach auf Patientenverfügungen an [8]. Im Anschluss an Dworkin [4] vertritt Olick die Position, dass in Patientenverfügungen eine besondere Art von Interessen reflektiert werde, sogenannte Werthaltungen

und -überzeugungen („critical interests“). In medizinischen Behandlungsentscheidungen seien diese persönlichen Werthaltungen, z. B. was es für die verfügende Person bedeutet, künstlich ernährt oder beatmet zu werden, zu berücksichtigen. Würden sie missachtet, so würde der betreffenden Person Schaden zugefügt.

Ob und wie Wertüberzeugungen und -haltungen in der Patientenverfügung gegenüber Drittpersonen kommuniziert werden sollen, bleibt allerdings umstritten. So folgt Olick zum einen Dworkin darin, dass Patientenverfügungen „critical interests“ bezüglich der persönlichen Würde und des familiären Wohlergehens reflektieren und daher zu respektieren seien, auch wenn sie aktuellen Lust- und Schmerzempfindungen widersprechen sollten. Zum anderen möchte Olick die Gültigkeit einer Patientenverfügung nicht an die Bedingung knüpfen, dass sie ein authentischer Ausdruck der verfassenden Person sein muss. Die Forderung nach einer solchen „Authentizitätsüberprüfung“ würde paternalistisches Handeln Tür und Tor öffnen, da nur allzu leicht eine Patientenverfügung als unauthentisch und damit als nicht-autonom abgetan und übergangen werden könnte (vgl. [10], S. 218). Stattdessen genüge es, die Patientenverfügung als „intentional plan to assert control over one's dying process“ ([8], S. 84) aufzufassen. Sie sei zu befolgen, wenn sie freiwillig und im urteilsfähigen Zustand aufgesetzt wurde ([8], S. 96) und effektiv handlungsweisend sein kann.

Diese angeführten Merkmale der Verbindlichkeit und Gültigkeit einer Patientenverfügung stehen jedoch m.E. in Spannung mit Olicks zuvor artikulierter Auffassung, dass die normative Grundlage für das Respektieren einer Patientenverfügung Werthaltungen und -überzeugungen seien. Warum sollte aber eine Patientenverfügung moralisch bindend sein, wenn der Bezug zu gerade diesem normativen Fundament in ihr nicht ersichtlich wird? Olick greift diesen Kritikpunkt auf und in seiner Antwort wird deutlich, dass er vor allem

die Forderung nach einer *expliziten, reflektierten* Artikulation von Wertüberzeugungen und -haltungen in der Patientenverfügung abwehren will: „[T]he intentional act of authorizing or refusing treatment does not demand (though it may involve) reflective identifications with values or attitudes such as ‚I want to be the kind of person who has a low tolerance for pain‘“ ([8], S. 90). Damit übersieht Olick jedoch eine dritte Möglichkeit, nämlich eine *implizite* Artikulation von Wertüberzeugungen und -haltungen in der Patientenverfügung beispielsweise durch die Nennung von Behandlungszielen. Die moralische Pflicht, Patientenverfügungen in der medizinischen Entscheidung zu beachten, könnte durchaus in Werthaltungen begründet sein – und nicht in der Tatsache, dass es sich bei der Patientenverfügung um einen „absichtlichen Plan“ handle – ohne dass ein überzogener Grad an Reflexion auf den eigenen Werthorizont zur Bedingung erhoben werden müsste.

Olicks Ansatz ist mit weiteren Begründungsproblemen konfrontiert. Erstens kann in seinem „Interessen-Modell“ die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung nur dadurch postuliert werden, dass „critical interests“ im Konfliktfall Vorrang gegenüber anderen Arten von Interessen eingeräumt wird. Für andere Arten von Interessen werden beispielsweise aktuelle Freud- und Leiderfahrungen oder „objektive Interessen“ angeführt. Ungeklärt bleibt in diesem Zusammenhang jedoch, womit die Priorität der „critical interests“ dann begründet werden kann, so dass der Schaden bei Missachtung vorgängig geäußerter Werthaltungen und -überzeugungen höher zu bewerten ist als der Schaden bei Missachtung z.B. von aktuellen Freud- und Leiderfahrungen. Zweitens bleibt ungeklärt, wie im Konfliktfall mit Werthaltungen und -überzeugungen von Drittpersonen (z.B. Angehörige oder klinisches Personal), die durch das Verfügte direkt oder indirekt betroffen sind, zu verfahren ist. Der Rekurs auf individuelle Interessen kann drittens nur in einer medizinischen

Praxis überzeugen, in der den Interessen des einzelnen Individuums – und nicht den Anliegen der Familie oder dem durch die Ärzteschaft definierten „objektiven Wohl“ – der höchste Stellenwert zugesprochen wird.

Fazit

Sowohl die Argumentation, die auf das Faktum des Entscheids zurückgreift, als auch die Argumentation, die durch eine abgestufte Interessenkonzeption gestützt wird, erheben den Anspruch auf universale Gültigkeit. Jedoch werden sie in der medizinischen, rechtlichen und gesellschaftlichen Praxis nur dort Bestand haben können, wo Einzelinteressen und Einzelentscheide bereits ein normatives Gewicht besitzen. Sie sind damit pragmatisch gesehen kulturell relativ.⁷ Beide argumentativen Ansätze lassen zudem eine Konzentration auf das einzelne Individuum erkennen, die angesichts der Tatsache, dass die Patientenverfügung in erster Linie (wenn auch nicht alleinig) die verfassende Person betrifft, nicht weiter überrascht.

Dennoch könnte man versuchen, jenseits von Verweisen auf Individualinteressen und -entscheide Patientenverfügungen (zusätzliches) normatives Gewicht zu geben und sie damit auch in medizinischen Praktiken denkbar zu machen, in welchen sich therapeutisches Handeln aus soziokulturellen Gründen weniger stark am Prinzip der individuellen Entscheidungsautonomie orientiert.⁸ Die obige Analyse des Autonomiebegriffs bei Patientenverfügungen ergab, dass Individualinteressen und -entscheide hier nicht individualistisch konzipiert sind, sondern in konstitutiver Weise anderer Menschen bedürfen – erst durch Drittpersonen können sich die

in der Patientenverfügung zunächst allgemein geäußerten Vorstellungen zu situationsbezogenen Interessen und Wünschen konkretisieren. Über diese Begriffsanalyse hinaus wäre für die moralische Verbindlichkeit von Patientenverfügungen das Augenmerk auf die Persönlichkeitskomponente zu lenken. So stellt der Einblick in die persönlichen Wertvorstellungen und -haltungen der verfügenden Person eine praktisch notwendige Voraussetzung dar, um für die Anwendungssituation konkrete Wünsche ableiten zu können. Normativ betrachtet ist die Persönlichkeit, die sich in der Patientenverfügung widerspiegelt, ein guter Grund, das Verfügte im medizinischen Entscheidungsprozess zu beachten. Würde man einer gültigen Patientenverfügung nicht Folge leisten, würde dies eine Verletzung der Persönlichkeit der verfügenden Person darstellen.

Diese Verletzung hätte weitreichende Folgen für das allgemeine Vertrauensverhältnis zwischen Patienten bzw. Patientinnen, Ärzteschaft, Pflege, Angehörigen und Vertrauenspersonen. Die verfügende Person möchte, dass ihre Stimme auch im Falle ihrer Einwilligungsunfähigkeit gehört wird; mit der Patientenverfügung äußert sie ihr Vertrauen und ihre Zuversicht, dass ihre Wertvorstellungen und -haltungen auch in solchen Lebensabschnitten zählen. Die einwilligungsunfähige Person würde zwar vermutlich selbst nicht merken, wenn man ihre Versuche der Selbstbestimmung ignorierte und ihre Wünsche überginge. Jedoch würde diese Handlung ein falsches Signal für die übrigen involvierten Personen setzen: nämlich dass über vulnerable Personen, die sich aufgrund ihres Krankheitszustandes gegen medizinische Handlungen nicht mehr zur Wehr setzen können, und ungeachtet deren ausgesprochenen Vertrauens Drittpersonen nach eigenen Vorstellungen des Guten und Richtigen über jene verfügen können. Eine Korrumpierung der Vertrauensverhältnisse ist unabhängig vom kulturellen Kontext zu vermeiden, fände aber dort statt, wo gegen berechnete Erwartungshaltungen der ver-

⁷ Zu Fragen der Kulturellrelativität und des moralischen Relativismus vergleiche den Beitrag von Ernst in diesem Band.

⁸ Vergleiche dazu den Beitrag von Zellweger et al. in diesem Band.

fügenden Person gehandelt würde. Ob solche Erwartungshaltungen angemessen sind, ist jedoch vom kulturell geprägten Arzt-Patienten-Verhältnis abhängig.

Anschrift

Susanne Brauer, PhD

Universität Zürich
Institut für Biomedizinische Ethik
Zollikerstraße 115
8008 Zürich, Schweiz
E-Mail: brauer@ethik.uzh.ch

Literatur

1. Beauchamp TL, Childress JF (1994) Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, Oxford
2. Book of Abstracts. ESF Exploratory Workshop on „Advance Directives: Towards a Coordinated European Perspective?“. Institut der Biomedizinischen Ethik der Universität Zürich. (<http://www.ethik.uzh.ch/ibme/veranstaltungen.php>) [Stand: 13. 8. 2008]
3. Churchill J (1989) Advance Directives: Beyond Respect for Freedom. In: Hackler C, Moseley R, Vawter DE (eds) Advance Directives in Medicine. Praeger, New York, pp 171–180
4. Dworkin R (1993) Life's Dominion. Alfred A. Knopf, New York
5. Emanuel L, Emanuel E (1989) The Medical Directive: A new comprehensive advance care document. Journal of the American Medical Association 261, no. 22:3288–3293
6. Engelhardt HT (1989) Advance directives and the right to be left alone. In: Hackler C, Moseley R, Vawter DE (eds) Advance Directives in Medicine. Praeger, New York, pp 141–154
7. Faden RR, Beauchamp TL (1986) A history and theory of informed consent. Oxford University Press, Oxford
8. Olick RS (2001) Taking Advance Directives Seriously: Prospective Autonomy and Decisions near the End of Life. Georgetown University Press, Washington DC
9. O'Neill O (2002) Autonomy and Trust in Bioethics. Cambridge University Press, Cambridge
10. Quante M (2002) Personales Leben und menschlicher Tod: Personale Identität als Prinzip biomedizinischer Ethik. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
11. Raz J (1986) The morality of freedom. Clarendon Press, Oxford
12. Sahm S (2006) Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Ärztliches Handeln an den Grenzen von Ethik und Recht. Campus Verlag, Frankfurt
13. Zellweger C (2007) Ethische Aspekte von Patientenverfügungen in der Schweiz (unveröffentlichtes Manuskript)